

Źródła finansowania opieki zdrowotnej

Stanisława Golinowska, Marzena Tambor

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Stanisława Golinowska, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, tel. 12 433 28 33, stellag@onet.pl

Abstract

The sources of health care funding

The question how to mobilize financial resources for health care is one of the most frequently asked questions in health care debates. It is also relevant in Poland, where although various health care reforms in the last two decades, there is still no consensus on how health care should be funded.

The ambiguous nature of health care services indicates that both public and private methods of funding should be applied in order to obtain the best value for money. In practice both private and public sources are used. However wealthier European countries, rely strongly on public solidarity-based funding. Whereas in the framework of public sources there is a never ending debate what is more effective: general taxation or insurance contribution.

Debate on private sources is still on the agenda as well, particularly in post socialistic countries. Private insurance or co-payment and what kind in both cases are the main question.

In this paper, we present a review of public and private methods of health care funding focusing on their main characteristics, their application in European countries, and their effects. The analysis relies on secondary data, i.e. a review of the literature and health expenditure databases.

Key words: health care funding, out-of-pocket health expenditure, social health insurance,

Słowa kluczowe: finansowanie opieki zdrowotnej, społeczne ubezpieczenie zdrowotne, wydatki gospodarstw domowych na zdrowie

Wprowadzenie

Opis źródeł finansowania ochrony zdrowia może mieć charakter normatywny (z czego powinniśmy finansować system) lub empiryczny (jak w praktyce finansowane są systemy zdrowotne).

Normatywne podejście wskazuje na zasadność finansowania ochrony zdrowia z dwóch źródeł: ze środków publicznych oraz dochodów indywidualnych, jako że usługi zdrowotne należą jednocześnie do dóbr prywatnych oraz publicznych i quasi-publicznych, spełniających tylko częściowo kryteria czystych dóbr publicznych.

Stosując tylko kryteria Samuelsona do definiowania dóbr prywatnych (rywalizacja i wykluczenie z konsumpcji), moglibyśmy powiedzieć, że usługa zdrowotna spełnia cechy dobra prywatnego; przy korzystaniu z usług zdrowotnych można bowiem wykluczać innych i występuje rywalizacja w konsumpcji. Ponieważ jednak usługa zdrowotna ma efekty zewnętrzne i przyczynia się do „pro-

dukcji zdrowia” populacji, to uzasadnione staje się traktowanie ochrony zdrowia jako dobra quasi-publicznego.

To, że usługi zdrowotne mają znaczące skutki zewnętrzne, oznacza, iż mogą przynosić wymierne korzyści lub szkody innym, co nie znajdzie odzwierciedlenia w adekwatnej wycenie usług zdrowotnych i wtedy rynkowy mechanizm alokacji nie sprzyjałby zdrowiu. Ponadto dbałość o zdrowie i skuteczne leczenie chorych jest korzystne nie tylko indywidualnie; przyczynia się także do dobrobytu kraju, a zły stan zdrowia nie tylko ogranicza ten wpływ, ale także powoduje koszty społeczne, zmniejszając ten dobrobyt. To stało się podstawą włączenia zdrowia do teorii kapitału ludzkiego [1] i przekonania, że inwestycje w zdrowie, tak indywidualne, jak i społeczne, przyczyniają się do wzrostu gospodarczego.

Istotnym argumentem w traktowaniu usług zdrowotnych jako dóbr o charakterze publicznym i quasi-publicznym, za których dostarczanie odpowiedzialna jest władza publiczna, wynika także z systemu wartości

w danym kraju i w danym okresie rozwoju. Zapewnienie wszystkim mieszkańcom równego dostępu do ochrony zdrowia stało się we współczesnym świecie „nakazem” moralnym adresowanym powszechnie do rządów i globalnych organizacji.

Usługi zdrowotne spełniają różne funkcje w cyklu życia człowieka: rozwijają i poprawiają potencjał zdrowia, utrzymują i przywracają zdrowie oraz je podtrzymują. Rozwiązania instytucjonalne, w których ramach funkcje te są realizowane, zwane są systemem ochrony zdrowia (lub niekiedy systemem zdrowotnym). Polski termin „ochrona zdrowia” utożsamiany z angielskim *health system* obejmuje zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, rehabilitację i opiekę długoterminową. Na **Schemacie 1** zaznaczono składowe ochrony zdrowia oraz pełnione funkcje. Największą skalę z punktu widzenia finansów ma **opieka zdrowotna**, zajmująca się głównie przywracaniem zdrowia. Stąd niekiedy nazywa się ją medycyną naprawczą. Tej części poświęcamy rozważania w tym artykule.

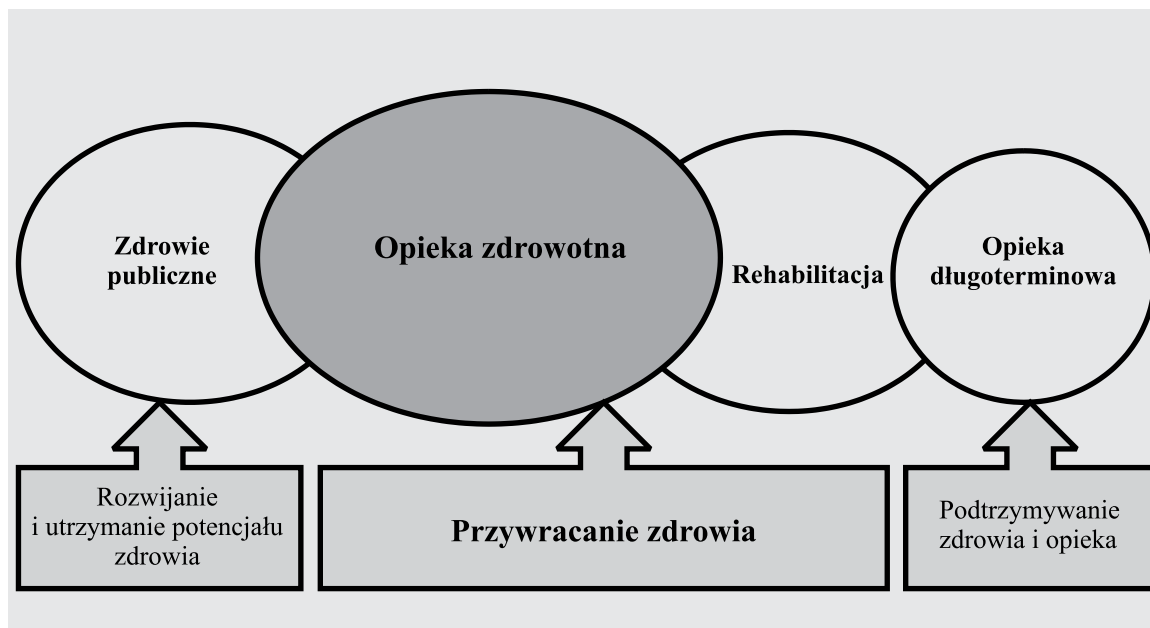
Jak w praktyce finansowana jest opieka zdrowotna i jakie są proporcje udziału obu źródeł finansowania: publicznego i prywatnego oraz jaka jest ocena efektów w obu przypadkach? Te pytania postawiono w tym artykule, sięgając przy odpowiedziach na nie przede wszystkim do analizy historycznej oraz porównawczej. Pytania te są ciągle aktualne w Polsce, w kraju stosunkowo niedawno przeprowadzonych reform ustrojowych i ekonomicznych. Jako że pytania te dotyczą też wyborów politycznych, to formułowane są niemal przy każdej kampanii wyborczej do parlamentu. Ciągle bowiem niektórzy politycy są przekonani, że kolejne zmiany źródeł finansowania mają uzasadnienie i są możliwe do przeprowadzenia.

1. Finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych

Analizy finansowania opieki zdrowotnej obejmują trzy etapy: (1) analizę źródeł finansowania (*revenue collection*), następnie (2) analizę gromadzenia zebranych środków w instytucjach finansowych oraz ich alokację między instytucje czy agencje sektora zdrowotnego (*pooling*), które finansują świadczeniodawców (*purchasing*), co stanowi (3) kolejny proces analizy. Koncepcja metodologiczna etapowego podejścia do analizy finansowania systemu zdrowotnego została zaproponowana przez Josepha Kutzina, wzmocniona autorytetem WHO i opisana w jego pracach [2]. W tym artykule zajmujemy się tylko pierwszym etapem, czyli analizą źródeł finansowania, a w pierwszej jego części – tylko finansowaniem ze środków publicznych.

Zgodnie z polską ustawą o finansach publicznych¹ środki publiczne to:

- dochody publiczne;
- środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- środki pochodzące ze źródeł zagranicznych niepodlegające zwrotowi, inne niż wymienione w poprzednim punkcie;
- przychody budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz innych jednostek sektora finansów publicznych pochodzące: (1) ze sprzedaży papierów wartościowych, (2) z prywatyzacji majątku Skarbu Państwa oraz majątku jednostek samorządu terytorialnego, (3) ze spłat pożyczek i kredytów udzielonych ze środków publicznych, (4) z otrzy-



Schemat 1. Podstawowe części ochrony zdrowia i ich funkcje.

Źródło: Opracowanie własne.

many pożyczek i kredytów, (5) z innych operacji finansowych;

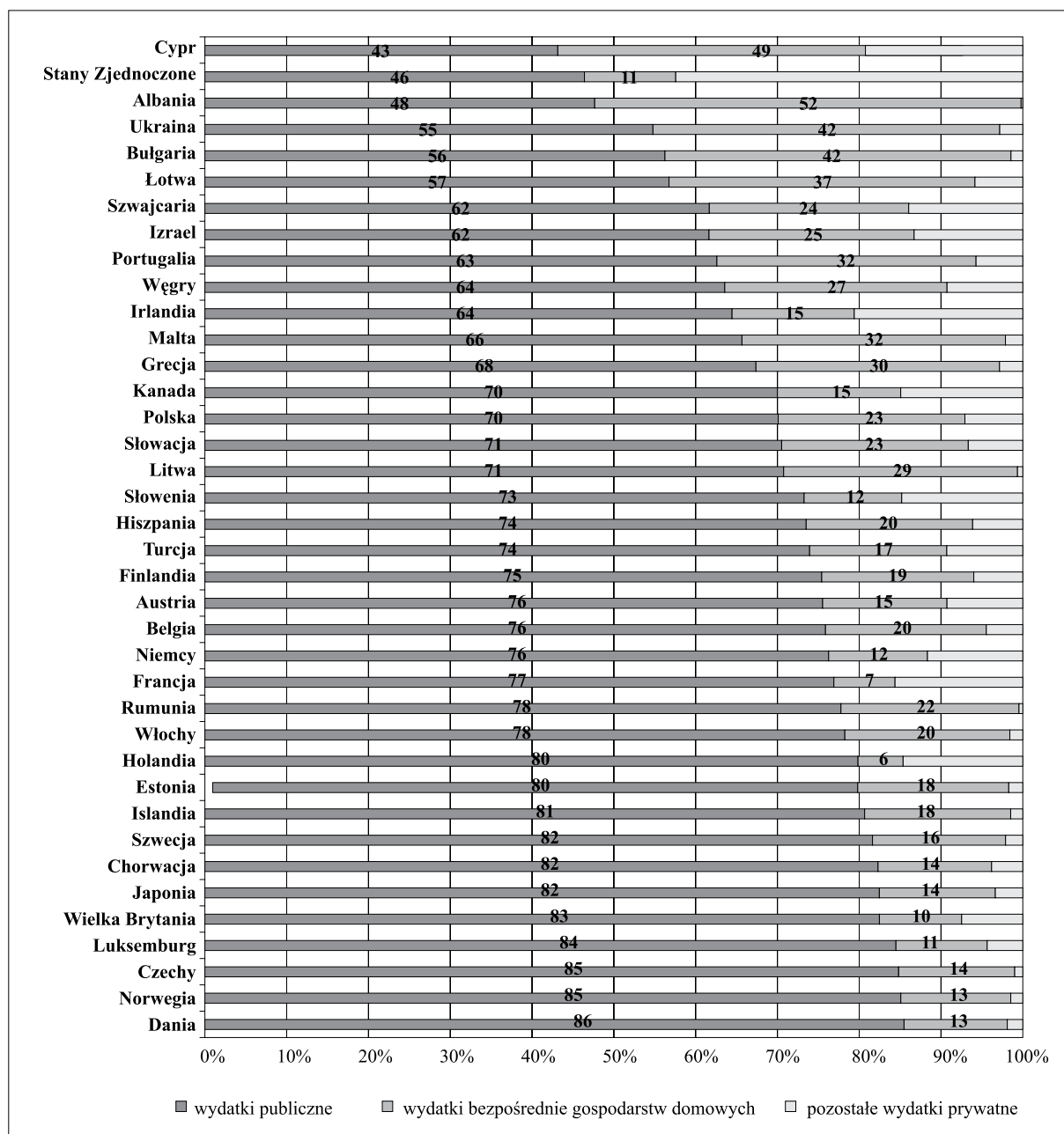
- przychody jednostek sektora finansów publicznych pochodzące z prowadzonej przez nie działalności oraz z innych źródeł.

Podstawową pozycją środków publicznych są dochody, na które składają się **daniny publiczne, czyli podatki, składki i opłaty**. Ściąganie dochodów publicznych odbywa się pod przymusem państwa, co oznacza, że wnoszenie danin jest obligatoryjne i uchylanie się od nich podlega karze, chyba że istnieją ustawowo określone zwolnienia, tak podmiotowe, jak i przedmiotowe.

W większości krajów świadczenia sektora zdrowotnego są finansowane w przeważającym stopniu ze środków

publicznych (**Wykres 1**). Udział środków publicznych w Polsce, wynoszący około 70%, jest relatywnie duży, aczkolwiek wśród krajów europejskich są i takie, w których udział ten zbliża się do 90%.

To, jaki rodzaj daniny publicznej jest głównym źródłem finansowania publicznego, różnicuje publiczne systemy zdrowotne na świecie. Różnice te są opisywane w postaci modelowej: model ubezpieczeniowy, wywodzący się z tradycji ubezpieczeń społecznych wprowadzonych w latach 80. XIX wieku w Rzeszy Niemieckiej przez kanclerza Bismarcka, lub model narodowej służby zdrowia (NSZ), opisany i zastosowany w Wielkiej Brytanii po drugiej wojnie światowej przez lorda Beveridge'a.



Wykres 1. Struktura całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w 2012 r.

Źródło: WHO 2014 Global Health Expenditure Database.

1.1. Finansowanie opieki zdrowotnej ze składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne

W modelu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) źródłem finansowania jest opłacana indywidualnie (bądź z udziałem pracodawcy) składka ubezpieczeniowa. Akceptacja składki wynika z obawy wystąpienia ryzyka pojawienia się nadzwyczajnych kosztów wywołanych chorobą. Jest rodzajem przedpłaty na poczet tych kosztów, które mogą się pojawić w przyszłości. Jako że odpowiednio skalkulowana składka jest obligatoryjna dla wszystkich i płacona systematycznie, a choroba może się pojawić w nieznanej przyszłości (lub zgoła nie pojawić się), to zebrane środki powinny stanowić dostateczne źródło finansowania opieki zdrowotnej. Odpowiednie kalkulowanie składki w ubezpieczeniu społecznym polega na takim ustaleniu stopy składki, aby możliwe było zbilansowanie przychodów i kosztów świadczeń oraz wyrównanie kosztów wystąpienia ryzyka w określonej liczbie ubezpieczonych i w określonym czasie ubezpieczenia. W tym bierze się pod uwagę zdolność ubezpieczonych do płacenia składki oraz zakres świadczeń, do których ubezpieczeni są uprawnieni. W przeciwieństwie do ubezpieczeń prywatnych kalkulacja składki w ubezpieczeniach społecznych nie bierze pod uwagę indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Z tego powodu niektórzy autorzy są zdania, że ubezpieczenie społeczne nie jest *de facto* prawdziwym ubezpieczeniem, które ze swej istoty jest zorientowane na ryzyko (np. [3]).

Obecnie pojawiły się poważne trudności w bilansowaniu przychodów i kosztów opieki zdrowotnej w ubezpieczeniu społecznym związane ze zmianami demograficznymi populacji – z jej starzeniem się. Z jednej strony zwiększyły się potrzeby zdrowotne starzejącej się populacji, a z drugiej – zmniejsza się baza społeczna osób zdolnych i skłonnych do płacenia składek. Jednocześnie ciągle występują „stare” przyczyny utrudniające sfinansowanie SUZ. Nadal mają miejsce podmiotowe wyłączenia z obowiązku opłacania składek dla uprzywilejowanych przez państwo grup ludności i to zarówno w krajach dojrzałej demokracji, jak i w krajach rozwijających się. Równolegle występuje tendencja do pełnego pokrycia populacji zakresem ubezpieczenia zdrowotnego (*universal coverage*) wraz z utrzymaniem dotychczasowego zakresu przedmiotowego. Problem ten był szczególnie żywotny w krajach Ameryki Łacińskiej [4], w których przeprowadzono wiele reform w kierunku dostosowania finansowania systemu ochrony zdrowia do specyficznych zjawisk społeczno-ekonomicznych tam występujących: znacznej skali szarej strefy zatrudnienia, niskich dochodów ludności i niskiego statusu zdrowotnego populacji.

W większości krajów utrzymuje się (próbując utrzymać) niezmienną stopę składki, mimo wzrostu cen składników wytwarzania usług zdrowotnych (produkcji świadczeń), przede wszystkim cen leków, sprzętu medycznego i wynagrodzeń. Niezwiększanie składki mimo presji rosnących cen i narastania potrzeb zdrowotnych populacji w starzejących się społeczeństwach prowadzi do rozważania zmiany modelu finansowania, także

w tradycyjnym kraju ubezpieczeń zdrowotnych, czyli w Niemczech [3].

Doświadczenie pokazuje, że zbilansowanie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych stanowi poważny i uniwersalny problem finansów publicznych we wszystkich krajach, niezależnie od poziomu dochodów, prowadząc do licznych reform systemu zdrowotnego pod hasłem duszenia kosztów lub racjonowania świadczeń czy też ekwiwalentności wkładu do systemu i korzystania z niego. Nierzadko rozważana jest zmiana modelu ubezpieczeniowego na finansowanie z podatków ogólnych.

Bilansowanie przychodów i wydatków społecznych ubezpieczeń zdrowotnych realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w Polsce ma charakter automatyczny. To oznacza, że wydatki NFZ na świadczenia nie przekraczają przychodów NFZ ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Gdy w praktyce liczba i struktura udzielonych świadczeń odbiega od zawartej umowy z NFZ, świadczeniodawcy nie otrzymują środków na pokrycie kosztów tych świadczeń. Zwykle ma to miejsce pod koniec roku. Aby działać zgodnie z etycznym paradygmatem dostarczania świadczeń każdemu, kto tego bezwzględnie potrzebuje w celu ratowania zdrowia i życia, świadczeniodawcy zaciągają długi, które gdy narastają, tworzą najpoważniejszą trudność w ich funkcjonowaniu.

Polityczna odpowiedź na sytuację występowania długów, zaprezentowana w ramach reformy z końca ubiegłej dekady i stopniowo, chociaż z oporami, realizowana, polega na zwiększeniu skali rynku wewnętrznego w sektorze zdrowotnym. Tendencje komercjalizacyjne przy niskim poziomie finansowania opieki zdrowotnej ograniczają dostęp i zwiększają kolejki do lekarzy specjalistów, które wydłużają się dramatycznie.

1.2. Finansowanie opieki zdrowotnej z podatków ogólnych – narodowa służba zdrowia

Historia finansowania świadczeń zdrowotnych (**Tabela I**) w ramach budżetu państwa, czyli z podatków ogólnych, wywodzi się z tradycji tzw. zaopatrzenia społecznego oferowanego przez władze w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie swoich podwładnych, a dzisiaj – obywateli. To poczucie było związane z jednej strony z przekonaniem o potrzebie monitorowania (jak to dzisiaj powiedzielibyśmy) zachorowalności oraz wprowadzania zasad higieny jako metody kontrolowania epidemii i zakażeń, a z drugiej – z coraz bardziej uświadamianą zależnością między zdrowiem robotników przemysłowych a ich wydajnością oraz między zdrowiem żołnierzy a siłą militarną kraju. To zaopatrzeniowe podejście było charakterystyczne zarówno dla władz dużych państw, jak i mniejszych jednostek terytorialnych.

Wraz ze wzrostem fiskalnej zdolności państwa do ściągania podatków system zdrowotny zdobywał efektywne źródło przychodów dla swych obywateli. Podatki na potrzeby zdrowotne mogły być gromadzone w specjalnym funduszu. Urzędnicy państwowi nabierali umiejętności zarządzania funduszem i kontrolowania kosztów. Redystrybucja dokonywała się między zdrowymi i cho-

Model społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) w starych krajach UE	Model społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) w krajach postkomunistycznych	Model narodowej służby zdrowia (NSZ)
Niemcy – 1884	Węgry – 1990	Wielka Brytania – 1946
Austria – 1888/1889	Rosja – 1991	Szwecja – 1970 (z tendencją do udziału mieszanego)
Francja – 1928	kraje bałtyckie – 1991	Grecja – 1970 (z tendencją do systemu mieszanego)
Belgia – 1894	Słowacja – 1994	Finlandia – 1972 (z tendencją do systemu mieszanego)
Holandia – 1942	Gruzja – 1995	Norwegia – 1967
	Turkmenia – 1996	
	Czechy – 1997	Włochy – 1978 (zmieniły SUZ na NSZ)
	Kazachstan i Kirgizja – 1997	Portugalia – 1979 (zmieniła SUZ na NSZ)
		Hiszpania – 1986 (zmieniła SUZ na NSZ)
	Bułgaria – 2000	

Tabela I. Modele finansowania systemu zdrowotnego i okresy ich wprowadzenia.

Źródło: Opracowanie własne.

rymi oraz jednocześnie między bogatymi i biednymi, co uznawano za słuszne (sprawiedliwe).

System NSZ zaczął z czasem wykazywać wady, których wyrazem było permanentne niedofinansowanie i kolejki do lekarzy. Prowadziły do tego trzy główne przyczyny: (1) ograniczenia w podnoszeniu podatków z powodu ich niekorzystnego oddziaływania na zatrudnienie i oszczędności, (2) konkurencja sektora zdrowotnego z innymi sektorami o fundusze publiczne, w których świadczenia zdrowotne mimo deklarowanego znaczenia zwykle nie miały odpowiedniej rangi, i (3) relatywnie niska efektywność rządzenia sektorem zdrowotnym i zarządzania w publicznych placówkach medycznych.

Mimo tych wad system NSZ zyskiwał na politycznym uznaniu z powodu powszechnego dostępu i szerokiej bazy podatkowej, która ten dostęp gwarantowała. Ponadto wskaźniki zdrowia populacji w krajach z NSZ, której wzorem był system brytyjski, nie były gorsze, a zgoła nawet znacząco lepsze niż w krajach z systemem społecznego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W latach 60. i 70. kilka krajów europejskich zmieniło system finansowania opieki zdrowotnej z modelu ubezpieczenia społecznego na model NSZ: Hiszpania, Portugalia, Włochy i Grecja [5].

Świadczenia zdrowotne w europejskich krajach socjalistycznych (wśród nich także w Polsce) ogólnie finansowane były według modelu NSZ zwanej budżetowym modelem Siemaszki. Te kraje z kolei w latach 90. ubiegłego wieku zmieniły model budżetowy na SUZ [6, 7]. W Polsce uczyniono to w 1999 r. Powody tego kierunku reformowania systemu zdrowotnego, przeciwnego niż w krajach zachodnioeuropejskich, miały związek z powszechnym przekonaniem, że system budżetowy jest nietransparentny, niedostatecznie kontrolowany, a rządzenie nieefektywne. Jednak nadal toczy się debata,

czy było to zasadne i czy nie wrócić do systemu finansowania ochrony zdrowia przez budżet państwa.

1.3. Z podatków czy ze składek?

Aby odpowiedzieć na często zadawane przez polityków pytanie, jaki model finansowania jest lepszy, trzeba określić kryteria i zapytać – pod jakim względem. W Tabeli II uwzględniono pięć kryteriów, jakie są zwykle brane pod uwagę w ocenie, gdy podejmuje się debatę o zmianie systemu finansowania – w przejściu z modelu SUZ na model NSZ.

Pierwsze z kryteriów dotyczy zwykle oddziaływania na równowagę finansową systemu. Z tego punktu widzenia większy potencjał do równoważenia ma SUZ. Jednak w praktyce zależy to istotnie od jakości rządzenia. Także systemy ubezpieczeniowe bywają nie zrównoważone i rządy muszą dopłacać do funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, aby sprostać zdefiniowanym uprawnieniom i zgłaszanym potrzebom zdrowotnym, a także wyrównywać koszty nieefektywnego zarządzania. Finansowy aspekt dotyczy też kosztów administracyjnych funkcjonowania. W tym przypadku przewagę mają systemy NSZ.

Drugie kryterium jest związane z oddziaływaniem na rynek pracy. Systemy ubezpieczeniowe w epoce przemysłowej sprzyjały motywacji do zatrudnienia. Praca dawała bowiem tytuł do zabezpieczenia społecznego pracownika i jego rodziny. Obecnie, w epoce poprzemysłowej, gdy tradycyjna forma umowy o pracę nie jest normą, a pracodawcy chętnie korzystają z elastycznych form zatrudniania pracowników, obowiązkowa składka na SUZ jest dla nich rozwiązaniem niekorzystnym, zbyt obciążającym pozapłacowe koszty pracy. Aby jej nie płacić, uciekają się do zatrudniania mniej formalnego czy wręcz nieformalnego. Stąd analizy porównawcze wskazują na to, że systemy ubezpieczeniowe, szczególnie w krajach

Wymiary oceny	Społeczne ubezpieczenia zdrowotne		Narodowa służba zdrowia	
	Zalety	Wady	Zalety	Wady
Finansowanie	Transparentność w zbieraniu przychodów. Tendencja do równowagi między przychodami i wydatkami.	Opiera się na zatrudnieniu i w gospodarce o niskiej stopie zatrudnienia stwarza problemy z dopływem środków.	Dostęp do środków na podstawie powszechnego podatku – szeroka baza.	Brak związku między przychodami i wydatkami.
Koszty funkcjonowania systemu	Zależą od liczby ubezpieczycieli – duże w sytuacji licznych kas oraz regulacji i instytucji koordynujących – koszty transakcyjne.		Zależą od skali administracji oraz efektywności zarządzania narodową służbą zdrowia – mogą być relatywnie niskie.	
Wpływ na rynek pracy	Sprzyja motywacji do zatrudnienia (głównie w epoce rynku pracy producenta).	Składka stanowi koszt pracy i jeśli jest zbyt wysoka, zmniejsza konkurencyjność gospodarki; może sprzyjać nieformalnemu zatrudnieniu.	Wpływ neutralny.	Brak motywacji do zatrudnienia.
Wpływ na dostęp do świadczeń zdrowotnych	Presja na zdefiniowanie ryzyka zdrowotnego i utworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych.	Tworzy marginesy braku dostępu do świadczeń (kryterium dostępu jest status ubezpieczonego) i wymaga stworzenia rozwiązań dodatkowych.	Podmiotowa kompletność (kryterium dostępu jest status rezydenta, obywatela).	W warunkach trudności z realizacją pełnego dostępu – tworzenie administracyjnych ograniczeń.
Wpływ na autonomię systemu (mniejszą zależność od bieżącej polityki i grup interesów)	System bardziej autonomiczny, możliwość samorządu.	Możliwość ograniczonego wpływu polityki zdrowotnej na ubezpieczycieli.	Możliwość godzenia celów zdrowia publicznego i medycyny „naprawczej”.	Możliwość wpływu interesów politycznych w corocznych przetargach budżetowych, możliwość zgłaszania niskich preferencji dla zdrowia w decyzjach alokacyjnych.

Tabela II. Porównanie dwóch modeli finansowania opieki zdrowotnej: ubezpieczeniowego oraz narodowej służby zdrowia według wybranych kryteriów.

Źródło: Opracowanie własne.

mniej zamożnych, sprzyjają rozwojowi szarej strefy zatrudnienia [8, 9].

Istotnym kryterium jest dostęp do świadczeń zdrowotnych. Który z modeli zapewni lepszy dostęp, to pytanie, mimo że zasadnicze, uwzględniane jest zwykle przez decydentów politycznych w dalszej kolejności, chociaż presja WHO [10] na powszechność dostępu (*universal coverage*) jest wyraźna. W systemie NSZ dostęp jest powszechny – prawo do świadczeń mają wszyscy obywatele. Gdy jednak nie przeznacza się odpowiedniej części zebranych podatków na finansowanie opieki zdrowotnej lub podatki są ogólnie niskie, to powszechny dostęp oznacza często kolejki do świadczeń i rozwój systemów ponadstandardowych poza NSZ. W systemie SUZ natomiast prawo do świadczeń mają tylko osoby ubezpieczone. W związku z tym że ubezpieczenie jest obowiązkowe, a prawo do świadczeń zdrowotnych określa regulacja najwyższej rangi (konstytucja), to poza systemem jest zwykle niewielka grupa obywateli. Jednak z różnych powodów w wielu krajach istnieją takie grupy ludności. Najczęściej są to osoby definiowane jako „wykluczone” społecznie: bierne zawodowo, długookresowo bezrobotne, bez prawa do świadczeń emerytalno-rentowych. Dla tych osób organizuje się dostęp do usług zdrowotnych poprzez pomoc społeczną. Nie zawsze jest to jednak rozwiązanie dostatecznie skuteczne. Sieć pomocy społecznej bywa

ograniczona oraz wymagająca indywidualnego zgłoszenia, a osoby wykluczone zazwyczaj nie podejmują odpowiedniej aktywności.

Ważnym kryterium oceny systemów finansowania jest ich podatność na bieżącą politykę czy wpływy grup interesów. Z tego punktu widzenia systemy „oddalone” od rządów, bardziej samorządowe czy zdecentralizowane, mogą budzić więcej zaufania. To kryterium miało istotne znaczenie w debacie mającej miejsce w krajach postsocjalistycznych, które w istotnej mierze z tego powodu zmieniły swoje NSZ na SUZ. Można jednak dostrzec także inną tendencję, szczególnie w krajach o niskich dochodach – na rozwiązania w kierunku centralizacji i tworzenia NSZ jako antidotum na ułomne systemy SUZ organizowane regionalnie czy lokalnie.

W niektórych pracach porównawczych próbuje się też ocenić wpływ sposobów finansowania systemu zdrowotnego na zdrowie populacji. Mimo że trudno wskazać mechanizm tego wpływu, to można pokazać pewne korelacje, co jednak nie oznacza zależności. Systemy ubezpieczeniowe są jakby gorsze z punktu widzenia oddziaływania na zdrowie. Mają zwykle mniejszy zakres aktywności w sferze zdrowia publicznego i wśród nich – mniejszy zakres badań przesiewowych [11]. Jednak w krajach z SUZ także w ramach ubezpieczenia podejmowana jest niejednokrotnie działalność z zakresu prewencji, np. w Niemczech.

2. Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków prywatnych

Oprócz publicznych podmiotów opiekę zdrowotną mogą finansować również podmioty prywatne, takie jak gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, prywatni ubezpieczyciele czy organizacje pozarządowe. Środki prywatne, choć w większości krajów wysoko rozwiniętych nie stanowią dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej, zyskują na znaczeniu w obliczu wzrastających kosztów opieki zdrowotnej, przede wszystkim na skutek zmian demograficznych i rozwoju nowych technologii medycznych. Pokrycie wszystkich kosztów z ograniczonych środków publicznych staje się coraz mniej możliwe, a zatem konieczne jest przerzucenie części odpowiedzialności za finansowanie opieki zdrowotnej na podmioty prywatne.

Efekt fiskalny nie jest jednak jedynym oczekiwanym skutkiem zwiększenia roli finansowania prywatnego w opiece zdrowotnej. Jak wspomniano we wprowadzeniu, usługi opieki zdrowotnej posiadają także cechy dóbr prywatnych, a zatem elementy rynkowe mogą w niektórych sytuacjach prowadzić do bardziej racjonalnego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia i poprawy efektywności w systemie. Główne sposoby finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych to opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych (*out-of-pocket*), prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz medyczne konta oszczędnościowe.

2.1. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych

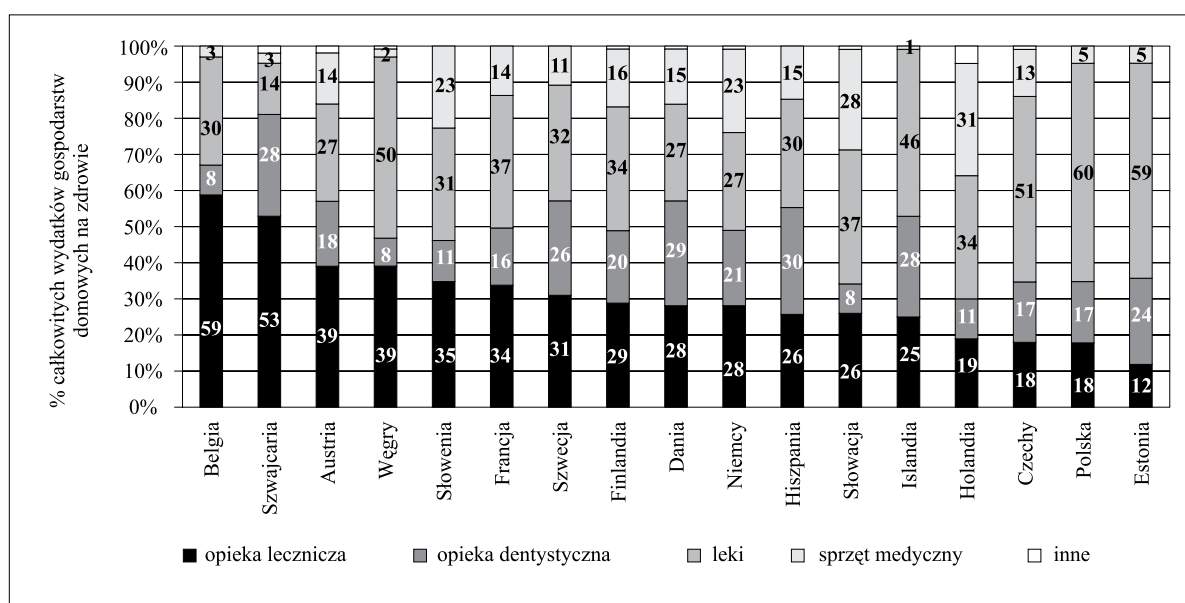
Wydatki bezpośrednie, czyli z kieszeni świadczeniobiorcy (*out-of-pocket*), są to opłaty ponoszone przez gospodarstwa domowe w momencie korzystania z opieki

zdrowotnej. Znaczenie opłat bezpośrednich w finansowaniu opieki zdrowotnej w dużej mierze jest uzależnione od zamożności danego kraju. W krajach biedniejszych, które przeznaczają mniej środków publicznych na opiekę zdrowotną, obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na zdrowie jest większe. W Europie to przede wszystkim kraje obszaru środkowo-wschodniego (Albania, Bułgaria, Ukraina, zob. Wykres 1).

Kategoria wydatków gospodarstw domowych obejmuje różne rodzaje opłat za opiekę zdrowotną. Mogą to być wydatki na świadczenia, a także na leki czy sprzęt medyczny. W krajach Europy Zachodniej wydatki na świadczenia dominują, podczas gdy w krajach Europy Środkowo-Wschodniej częściej są to wydatki na leki (Wykres 2), choć należy zaznaczyć, że w przypadku krajów postkomunistycznych wydatki konsumentów na świadczenia mogą być niedoszacowane, gdyż często są to opłaty nieformalne nieuwzględniane w statystykach. Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych obejmują opłaty za usługi nabywane na rynku dóbr prywatnych, jak i dopłaty do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

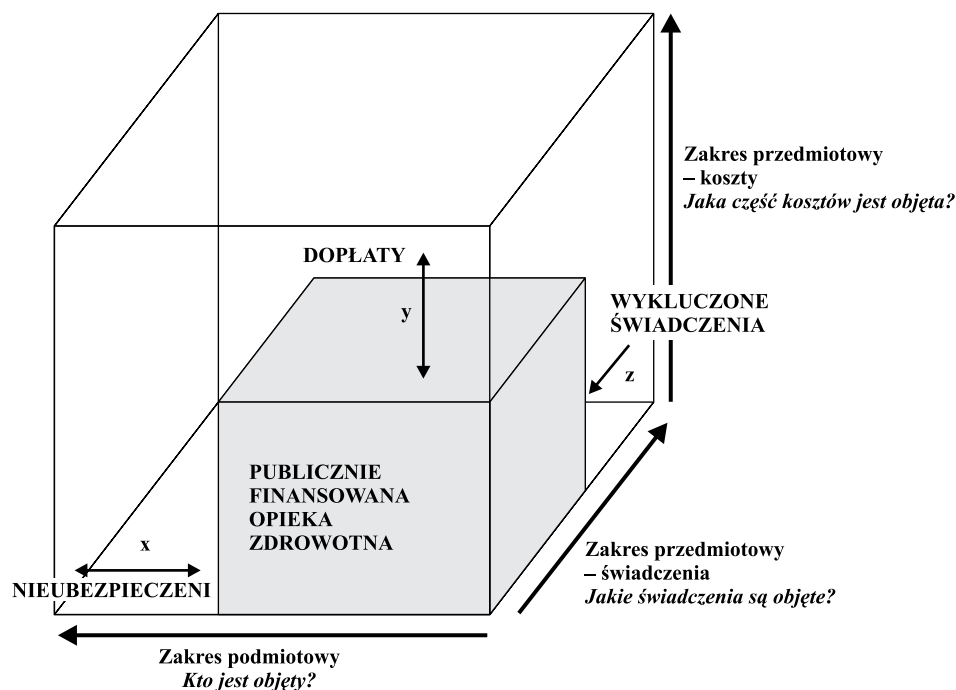
Opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej na rynku dóbr prywatnych

Korzystanie z opieki zdrowotnej na rynku prywatnym, gdzie pacjent (konsument) płaci cenę rynkową, może wynikać z przedmiotowej niekompletności systemu finansowanego ze środków publicznych (zob. Schemat 2, obszar zaznaczony literą „z”). Konieczność wykluczenia pewnych dóbr i usług z koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu finansowanego ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne bądź z podatków ogólnych wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych publicznego płatni-



Wykres 2. Struktura wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną w 2011 r.

Źródło: OECD Health at a Glance 2013. OECD Indicators.



Schemat 2. Wymiary publicznego systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Źródło: Na podstawie WHO (2010).

ka. Na decyzję, które świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych, a które nie, składa się wiele elementów, takich jak istotność świadczenia dla zdrowia populacji, jego skuteczność i bezpieczeństwo czy efektywność. W większości krajów, także w Polsce, duża część usług z zakresu opieki dentystycznej nie jest objęta finansowaniem publicznym i konsumenci płacą za te świadczenia bezpośrednio w momencie korzystania (zob. Wykres 2).

Na rynku dóbr prywatnych mogą być nabywane także dobra, które mieszczą się w zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Dzieje się tak w sytuacji, gdy system publiczny nie zapewnia odpowiedniej dostępności czy jakości opieki, natomiast oferują ją producenci prywatni. W takiej sytuacji konsumenci decydują się na zakup usługi świadczonej prywatnie, mimo posiadanego uprawnienia do bezpłatnej opieki zdrowotnej w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych. W Polsce np. zbyt długi czas oczekiwania na wizytę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w ramach systemu publicznego niejednokrotnie skłania ubezpieczonych do korzystania z tych świadczeń w systemie prywatnym.

Bezpośrednie nabywanie usług zdrowotnych u prywatnego świadczeniodawcy może także wynikać z braku uprawnień do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (podmiotowa niekompletność, Schemat 2, obszar zaznaczony literą „x”). Nieobjęcie całej populacji systemem publicznym występuje na ogół w systemach opartych na modelu ubezpieczeniowym. Jak wyżej wspomniano, mimo że na ogół dąży się do tego, aby systemy te były uniwersalne, pewne grupy spo-

łeczne mogą nie posiadać uprawnień do ubezpieczenia społecznego (grupy wykluczone społecznie trudne do zidentyfikowania czy jednostki dobrowolnie opuszczające system publiczny). Przykładowo na Cyprze wysoki udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na zdrowie (zob. Wykres 1) wynika w dużej mierze z nieobjęcia systemem publicznym osób z wysokimi dochodami (ok. 15% populacji).

Dopłaty do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Gospodarstwa domowe mogą być także zobowiązane do dopłacania do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Schemat 2, obszar zaznaczony literą „y”). Formy takich dopłat mogą być zróżnicowane (zob. **Tabela III**).

Wprowadzenie dopłat do dóbr i usług finansowanych ze środków publicznych w naturalny sposób pociąga za sobą efekt fiskalny, tj. wygenerowanie środków finansowych, co może zmniejszać obciążenie dla systemu publicznego (pewna część kosztów zostaje pokryta przez gospodarstwa domowe). Nałożenie ceny (opłaty) na świadczenia może jednak odciążyć system publiczny także poprzez wpływ na zachowania konsumentów, tj. zmniejszenie korzystania z opieki zdrowotnej.

Ograniczenie popytu na świadczenia zdrowotne może być zjawiskiem zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. Gdy świadczenia są dostępne bezpłatnie, mamy do czynienia ze zjawiskiem pokusy ich nadużywania (*moral hazard*). Dostarczane są wtedy świadczenia, których koszty produkcji przewyższają korzyści z ich konsumpcji. Rezygnacja z takich świadczeń zwiększa zatem efektyw-

Forma	Opis	Przykłady krajów stosujących daną formę dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych*
Współpłacenie (<i>co-payment</i>)	Ryczałtowa opłata, jej wysokość jest niezależna od kosztów świadczenia, np. pacjent płaci 10 zł za każdą wizytę.	Czechy, Irlandia, Łotwa, Portugalia, Szwecja, Francja
Współubezpieczenie (<i>co-insurance</i>)	Udział procentowy pacjenta w kosztach świadczenia, np. pacjent pokrywa 20% kosztów wizyty/hospitalizacji.	Austria, Belgia, Francja, Słowenia, Szwajcaria
Franszyza (<i>deductibles</i>)	Pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia do określonego limitu, np. przy rocznej franszyzie w wysokości 200 zł pacjent pokrywa pełne koszty świadczeń aż do momentu uiszczenia w danym roku kwoty 200 zł.	Holandia, Szwajcaria
Indemnizacja (<i>indemnity/balance billing/extra billing</i>)	Opłata za świadczenie, która jest różnicą pomiędzy ceną świadczenia a kwotą refundowaną ze środków publicznych, np. jeśli płatnik publiczny refunduje koszt wizyty do kwoty 70 zł, a cena wizyty wynosi 100 zł, pacjent płaci 30 zł.	Belgia, Francja

* Niektóre kraje wykorzystują więcej niż jedną formę dopłat (więcej informacji w: Tambor M. i in., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, „European Journal of Public Health” 2011; 21: 585).

Tabela III. Formy dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Źródło: Opracowanie własne.

ność alokacyjną w systemie, gdyż możemy wykorzystać ograniczone zasoby do produkcji innych dóbr, które przyniosą większe korzyści. Zmniejszenie popytu na opiekę zdrowotną może być zjawiskiem negatywnym wtedy, gdy redukcja dotyczy świadczeń przynoszących istotne korzyści zdrowotne i przewyższa koszty. Rezygnacja z tych wartościowych świadczeń może wynikać z braku zdolności finansowej konsumenta do dopłacania bądź też niemożności właściwej oceny wartości danego świadczenia.

Dopłaty do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej są w krajach europejskich powszechne [12, 13]. We wszystkich krajach pacjenci są zobowiązani dopłacać do leków. Większość krajów Europy Zachodniej wprowadziła także dopłaty do publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej, przede wszystkim jako mechanizm regulujący popyt i poprawiający efektywność. Natomiast w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, które borykają się z problemem niskiego finansowania opieki zdrowotnej i niską jakością świadczeń, dopłaty te są częściej postrzegane jako źródło dodatkowych środków dla systemu [12]. Ponadto oczekuje się, że formalne opłaty mogłyby wyeliminować powszechne w tych krajach opłaty nieformalne. Niemniej jednak istnieje duży sprzeciw społeczny wobec wprowadzenia dopłat do publicznie finansowanych świadczeń i podejmowane próby nie zawsze są skuteczne. W wyniku braku społecznej akceptacji i konsensusu politycznego opłaty zostały wycofane na Węgrzech oraz na Słowacji. Przeprowadzone badania wskazały, iż sprzeciw wobec dopłacania w tych krajach nie wynikał z ogólnego braku skłonności konsumentów do płacenia za opiekę zdrowotną, ale z niechęci do dopłacania do opieki o niskiej jakości i ograniczonej dostępności [14]. W Polsce, mimo nieodosobnionych opinii o zasadności wprowadzenia opłat, jak dotąd nie zrobiono tego kroku. Pacjenci dopłacają natomiast w dużej mierze do produktów medycznych, głównie leków.

Dowody empiryczne na skuteczność dopłat w kształtowaniu popytu na opiekę zdrowotną w celu poprawy

efektywności są ograniczone. Badania w tym zakresie, a wśród nich najbardziej znany eksperyment RAND (*health insurance experiment*) przeprowadzony w USA w latach 70. ubiegłego wieku [15], pokazały, że dopłaty obniżają korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, ale głównie wśród grup wrażliwych społecznie (osób z niskimi dochodami, przewlekłe chorych), a zmniejszenie korzystania dotyczy wszystkich świadczeń, tj. nie tylko tych przynoszących niższe korzyści, ale także świadczeń istotnych dla zdrowia pacjenta. Takie wyniki wskazują na negatywny wpływ dopłat na sprawiedliwość (*equity*) w korzystaniu i ograniczoną możliwość poprawy efektywności w systemie. Kraje, wprowadzając dopłaty, starają się ograniczać te negatywne skutki poprzez zastosowanie górnych limitów dopłat, a także obniżanie lub zwalnianie z dopłat wybranych grup społecznych (najczęściej osób z niskimi dochodami, dzieci, osób starszych, chorych przewlekłe). Dopłaty często nie obejmują także świadczeń z zakresu prewencji, tak aby zachęcić konsumentów do korzystania z tych usług. Promuje się ponadto nowe rozwiązania w zakresie dopłat, takie jak dopłaty oparte na wartości (*value-based cost-sharing*)² [16], które miałyby skuteczniej modelować popyt na opiekę zdrowotną.

2.2. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Kolejną możliwością finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych są prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Jest to forma przedpłaty w większości przypadków dobrowolna. Prywatne ubezpieczenia w niewielkim stopniu prowadzą do redystrybucji dochodu, gdyż wysokość płaconej składki zależy od ryzyka zdrowotnego kalkulowanego dla jednostki bądź dla określonej grupy ubezpieczonych (*community-, group-rated premium*), a nie od dochodu (jak w przypadku SUZ).

Istnieje kilka rodzajów prywatnych ubezpieczeń, które zostały wyodrębnione na podstawie ich roli w relacji do publicznego systemu finansowania. Wyróżnia się prywatne ubezpieczenie uzupełniające (*complementary*), które pokrywa koszty świadczeń wykluczonych z koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego systemu, bądź też koszty dopłat do publicznie finansowanych świadczeń (zob. Schemat 2, obszary zaznaczone literami „y” oraz „z”).

Prywatne ubezpieczenia mogą także dotyczyć świadczeń, które są w całości objęte systemem finansowania publicznego, ale ubezpieczyciel prywatny oferuje szybszy dostęp bądź większy wybór świadczeniodawców dla konsumenta. Są to ubezpieczenia dodatkowe (*supplementary*). Natomiast o ubezpieczeniu substytucyjnym (*substitutive*) mówimy, gdy zastępuje ono system publiczny, a więc dotyczy osób, które nie są nim objęte (zob. Schemat 2, obszar zaznaczony literą „x”), np. gdy istnieje wybór pomiędzy ubezpieczeniem się w systemie publicznym bądź prywatnym (np. osoby z wysokimi dochodami w Niemczech). W polskiej literaturze przedmiotu nazywane są ubezpieczeniami alternatywnymi [17].

Promowanie rozwoju ubezpieczeń prywatnych, podobnie jak zwiększenie roli finansowania opieki zdrowotnej z opłat bezpośrednich gospodarstw domowych, ma na celu zmniejszenie presji finansowej na system publiczny. Ubezpieczenia, czyli wprowadzenie tzw. trzeciej strony do transakcji między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą zamiast bezpośredniego opłacania świadczeniodawcy, jest rozwiązaniem bezpieczniejszym, gdyż rozkładając ryzyko w czasie i częściowo też pomiędzy ubezpieczonych, chroni jednostki przed wysokimi wydatkami w momencie pojawienia się potrzeby zdrowotnej lub przed rezygnacją ze świadczeń w przypadku braku środków finansowych. Od rozwiązań ubezpieczeniowych oczekuje się ponadto, iż konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami i chęć wygenerowania zysków będą motywowały do podnoszenia efektywności (np. poprzez ograniczenie kosztów administracyjnych), innowacyjności i lepszej jakości opieki zdrowotnej dla pacjentów.

W skali globalnej ubezpieczenia prywatne nie odgrywają jednak istotnej roli w finansowaniu opieki zdrowotnej. Ich znaczenie jest większe w niektórych krajach posiadających słabo rozwinięte i niedofinansowane systemy publicznego zabezpieczenia (np. RPA) albo w krajach, które oparły finansowanie opieki zdrowotnej właśnie na prywatnych ubezpieczeniach (USA). W Europie prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują obok publicznych systemów finansowania opieki zdrowotnej. Ich rola i znaczenie są jednak zróżnicowane. Krajem, który posiada najbardziej rozwinięty rynek prywatnych ubezpieczeń, jest Francja, gdzie ok. 90% populacji posiada prywatne ubezpieczenie (przede wszystkim komplementarne) na pokrycie kosztów dopłat do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej i świadczeń nieobjętych finansowaniem publicznym, a wydatki ubezpieczycieli prywatnych stanowią ok. 14% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną [18, 19]. Podobnie w Słowenii prywatne ubezpieczenia komplementarne na pokrycie kosztów obowiązkowych dopłat do świadczeń są powszechne

(tj. obejmują ponad 80% populacji) [18]. W większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej znaczenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest jednak marginalne. W Polsce funkcjonują głównie formy quasi-ubezpieczeniowe, polegające na oferowaniu przez pracodawców pakietów świadczeń w ramach abonamentów (ryczałtowej opłaty). Pracodawcy oferują takie pakiety swym załogom razem ze świadczeniami z zakresu medycyny pracy, które pracodawcy są zobowiązani finansować dla swych pracowników. Świadczenia te pracodawcy nabywają na ogół na prywatnym rynku usług zdrowotnych. Formy czysto ubezpieczeniowe funkcjonują głównie w ramach innych ubezpieczeń, np. jako część ubezpieczenia na życie, i wtedy najczęściej oferują świadczenia pieniężne, np. wypłata ubezpieczonemu dziennego ryczału za każdy dzień hospitalizacji.

Główną barierą w rozwoju ubezpieczeń prywatnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej są relatywnie niskie dochody ludności i niska zdolność do oszczędzania. Stąd niektóre kraje stymulują rozwój ubezpieczeń poprzez wprowadzenie różnych zachęt, a szczególnie ulg podatkowych dla pracodawców w celu rozwoju ubezpieczeń grupowych. Mała rola ubezpieczeń prywatnych wynika też częściowo ze specyfiki struktury wydatków na opiekę zdrowotną. Dużą część wydatków indywidualnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej stanowią wydatki na leki, a ubezpieczyciele prywatni rzadziej oferują polisy pokrywające koszty leków. Wydaje się mimo wszystko, że w zakresie usług zdrowotnych istnieje przestrzeń dla ubezpieczeń dodatkowych, oferujących wyższą jakość i dostępność do opieki zdrowotnej, które w niedofinansowanych systemach publicznych krajów Europy Środkowo-Wschodniej są niskie. Niemniej jednak brak transparentności w systemie, np. niejasno zdefiniowana jakość i dostępność świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, stanowi barierę wejścia na rynek prywatnych ubezpieczycieli, a także zniechęca konsumentów do zakupu prywatnego ubezpieczenia. Konsument, nie mając jasności, co prywatny ubezpieczyciel mógłby im zaoferować, preferują inne metody poprawy jakości i zwiększenia dostępności opieki, takie jak tradycyjnie stosowane (i prawdopodobnie indywidualnie mniej kosztowne) opłaty nieformalne.

Dowody empiryczne wskazują, że w krajach europejskich prywatne ubezpieczenia posiadają przed wszystkim osoby z grup o korzystnych cechach ekonomiczno-demograficznych, a więc osoby z wyższymi dochodami, młodsze i o lepszym stanie zdrowia [18, 20]. Wynika to przede wszystkim z ich wyższej zdolności finansowej do płacenia składek ubezpieczeniowych, ale także z pewnych prawidłowości w zachowaniach prywatnych ubezpieczycieli, polegających na ograniczaniu dostępu dla osób z większym ryzykiem zdrowotnym, czyli selekcjonowaniu ryzyka, zwane „spijaniem śmietanki” (*risk selection, cream skimming*). Dla prywatnego ubezpieczyciela ubezpieczanie osób z niższym ryzykiem zachorowania jest korzystniejsze niż równy dostęp wszystkich chętnych. Dlatego częstą praktyką prywatnych ubezpieczycieli, jak wynika z doświadczenia krajów europejskich, jest zamykanie dostępu osobom z określonym schorzeniem

bądź osobom powyżej pewnej granicy wieku (starszym). Brak dostępu do ubezpieczeń prywatnych dla tych grup (wrażliwych społecznie) stanowi *de facto* oznakę występowania nierówności w zdrowiu, szczególnie w przypadku gdy opieka zdrowotna oferowana w ramach systemu publicznego nie jest kompletna, tj. gdy w koszyku świadczeń gwarantowanych przez sektor publiczny nie ma usług ważnych pod względem zdrowotnym bądź gdy istnieją wysokie dopłaty do świadczeń. W tych sytuacjach posiadanie ubezpieczenia uzupełniającego zabezpiecza jednostkę przed wysokimi wydatkami bezpośrednimi lub koniecznością rezygnacji ze świadczeń. We Francji np. osoby nieposiadające prywatnego ubezpieczenia uzupełniającego częściej rezygnują ze świadczeń zdrowotnych niż osoby ubezpieczone [18].

W przypadku gdy system publiczny zapewnia obywatelom podstawowy zakres opieki zdrowotnej bezpłatnie, a ubezpieczenia prywatne stanowią jedynie dodatek, dający np. większy wybór świadczeniodawców czy krótszy czas oczekiwania, to korzystanie z tych ubezpieczeń jedynie przez grupy zamożniejsze i młodsze nie stanowi zbyt dużego naruszenia równości dostępu. Niemniej jednak problem może się pojawić, gdy granice pomiędzy publicznym a prywatnym systemem nie są dobrze zakreślone i opieka zdrowotna oferowana w ramach prywatnego ubezpieczenia opiera się na zasobach (kadrowych, infrastrukturalnych) systemu publicznego. W takich sytuacjach **polepszenie dostępności czy jakości dla pacjentów ubezpieczonych prywatnie może się wiązać z jej pogorszeniem dla pacjentów w systemie publicznym.**

Dowody empiryczne na wyższą efektywność prywatnych ubezpieczycieli w wykorzystywaniu zasobów

nie są jednoznaczne [18]. Wielu ubezpieczycieli, chcąc wygenerować większy zysk, robi to nie poprzez działania ukierunkowane na poprawę efektywności i jakości, ale poprzez selekcję ryzyka. Ponadto analizy wykazały, że większość ubezpieczycieli prywatnych posiada relatywnie wysokie koszty administracyjne, obejmujące także koszty reklamy i marketingu. Średni wskaźnik kosztów administracyjnych w relacji do przychodów składkowych jest wyższy dla prywatnych firm ubezpieczeniowych niż dla ubezpieczycieli publicznych.

Podsumowując rozważania na temat prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, porównano trzy opisane ich rodzaje ze względu na kryteria najczęściej podnoszone w literaturze. Po określeniu dla kogo powstają (są tworzone), zadawane jest pytanie o korzyści z funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dla całości systemu ochrony zdrowia, o koszty, jakość świadczeń oraz na końcu, ale nie jako najmniej ważne, o korzyści społeczne – dla ludzi. Wnioski zebrano w **Tabeli IV**.

Dla krajów, które dopiero tworzą prywatne segmenty w systemie ochrony zdrowia lub je radykalnie reformują, tak jak to ma miejsce w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, istotne jest rozumienie nie tylko potencjalnych korzyści z wprowadzania nowych rozwiązań, ale także (a niekiedy przede wszystkim) warunków niezbędnych do tego, aby teoretycznie i porównawczo dobre rozwiązanie okazało się w praktyce efektywne ekonomicznie i korzystne społecznie. Ład w systemie ochrony zdrowia i jego zdolności organizacyjne (niezbędny poziom dobrego rządzenia – *governance*) oraz zrównoważenie interesów świadczeniodawców, ubezpieczycieli i ubezpieczonych oraz pacjentów – to podstawowe

Kryteria	Alternatywne	Uzupełniające	Dodatkowe
Dla kogo?	Dla wyłączonych z ubezpieczeń społecznych.	Dla osób dobrowolnie korzystających ze świadczeń poza koszykiem publicznym, zarówno o wyższej zdolności do płacenia, jak i o większej świadomości zdrowotnej i niższej skłonności do ryzyka*.	W sytuacjach wynikających z realnego ograniczenia dostępu (w sensie ilościowym bądź jakościowym), mimo posiadania uprawnienia.
Korzyści/niekorzyści dla systemu zdrowotnego	Stymulacja dla rozwoju prywatnej podaży świadczeń, ale wysokie całkowite koszty systemu.	Odciążenie systemu publicznego, ale i jego zawężanie; możliwy rozwój prywatnej podaży wybranych segmentów świadczeń zdrowotnych.	Możliwe wykorzystanie zasobów sektora publicznego, gdy prywatna podaż świadczeń jest nierozwinięta.
Koszty administracyjne	Relatywnie duże koszty marketingu i reklamy.	Relatywnie duże koszty marketingu i reklamy.	Wyższe koszty organizacyjne i koordynacyjne.
Wpływ na jakość świadczeń	Możliwość osiągnięcia wyższej jakości, ale w warunkach znacznego zakresu podaży sektora prywatnego <i>not-for-profit</i> .	Wyższa jakość w wybranych segmentach opieki zdrowotnej, niejednokrotnie z udziałem nowych technologii medycznych.	Wyższy komfort przy udzielaniu świadczeń, regulacyjnie bez wpływu na jakość terapii medycznej, ale praktycznie ten wpływ może wystąpić.
Korzyści/niekorzyści społeczne – dla ludzi	Rozwój segmentu elitarnego – dla osób o korzystniejszych cechach ekonomiczno-demograficznych, ale też dla innych grup wyłączonych, np. dla rzemieślników, duchownych.	Większy wybór dla poszukujących dostępu do świadczeń poza koszykiem i/lub bardziej świadomych potrzeb zdrowotnych (<i>health literacy</i>).	Łagodzenie uciążliwości kolejek dla osób indywidualnych, ale niejednokrotnie kosztem nadmiernej eksploatacji zasobów sektora publicznego.

* Do ubezpieczeń uzupełniających zalicza się również te, które przejmują obowiązkowe dopłaty; dotyczy to systemów o wysokich dopłatach do świadczeń (np. we Francji).

Tabela IV. Porównanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na wybranie kryteria.

Źródło: Opracowanie własne.

we warunki, które umożliwią efektywną koegzystencję ubezpieczeń prywatnych i społecznego ubezpieczenia zdrowotnego.

2.3. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez medyczne konta oszczędnościowe

Medyczne konta oszczędnościowe są stosunkowo nową formą finansowania opieki zdrowotnej. Polega ona na gromadzeniu przez gospodarstwa domowe na indywidualnych kontach oszczędnościowych środków finansowych (wpłacanych regularnie) na pokrycie przyszłych kosztów opieki zdrowotnej. Tak jak w przypadku opłat bezpośrednich, to konsument (posiadacz konta) zakupuje świadczenia opieki zdrowotnej bez udziału trzeciej strony – płatnika. Medyczne konta w przeciwieństwie do opłat bezpośrednich są jednak formą przedpłaty. Kumulacja środków zabezpiecza konsumentów przed ryzykiem braku środków finansowych na opiekę zdrowotną w momencie wystąpienia potrzeby zdrowotnej. Zabezpieczenie to nie jest jednak pełne, ponieważ indywidualne konta nie umożliwiają redystrybucji środków finansowych pomiędzy jednostkami. A zatem w przypadku osób z niższą zdolnością finansową lub z większymi potrzebami istnieje ryzyko, że zgromadzone środki nie będą wystarczały na pokrycie wszystkich kosztów opieki zdrowotnej. Dlatego też medyczne konta oszczędnościowe nie są stosowane jako samodzielna forma zabezpieczenia, a są powiązane z innymi mechanizmami, np. prywatnymi ubezpieczeniami czy systemami finansowanymi ze środków publicznych. Oczekiwania związane z zastosowaniem medycznych kont oszczędnościowych to podobnie jak w przypadku opłat bezpośrednich zwiększenie odpowiedzialności indywidualnej konsumentów, a tym samym zmiana ich zachowań (ograniczenie pokusy nadużycia) i redukcja kosztów opieki zdrowotnej. Poprawa efektywności i jakości opieki może być uzyskana także poprzez zwiększoną konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami.

Medyczne konta oszczędnościowe są jeszcze bardzo rzadko stosowaną metodą finansowania opieki zdrowotnej. Po raz pierwszy zostały wprowadzone w Singapurze w 1984 r., gdzie mają charakter obligatoryjny. Choć obejmują znaczną część populacji tego kraju, nie stanowią istotnego źródła finansowania opieki zdrowotnej (< 10% całkowitych wydatków na zdrowie), głównie z powodu wprowadzonych ograniczeń w wykorzystaniu środków zgromadzonych na kontach. Ponadto medyczne konta oszczędnościowe występują w Chinach (również jako forma obowiązkowa), a także w RPA i USA, gdzie są dobrowolne i uzupełniają systemy oparte na prywatnych ubezpieczeniach. W Europie ta forma finansowania opieki zdrowotnej w zasadzie nie występuje.

Skutki zastosowania medycznych kont oszczędnościowych są niejednoznaczne. Trudności w ocenie tego sposobu finansowania opieki zdrowotnej wynikają z jego rzadkości, a także odmienności krajów i systemów, w jakich medyczne konta zostały zastosowane. Doświadczenia Singapuru wskazują, że mimo iż medyczne konta oszczędnościowe mogą przyczynić się do

redukcji korzystania z opieki zdrowotnej, to nie ograniczają wydatków na opiekę zdrowotną [21, 22]. Wzrost konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami w tym kraju doprowadził bowiem do podniesienia jakości (wykorzystania nowych drogich technologii i jakości poza-medycznej łatwej do oceny przez konsumenta) i wzrostu cen świadczeń. Zmusiło to rząd do wprowadzenia mechanizmów regulujących zachowania świadczeniodawców oraz maksymalnych limitów wydatków z kont na pojedyncze usługi. Podobnie rezultaty wprowadzenia medycznych kont zaobserwowano w RPA, gdzie zmniejszyła się liczba wizyt, ale nie intensywność udzielanych świadczeń [23].

Podsumowanie

Na podstawie syntetycznie przedstawionej analizy porównawczej systemów zdrowotnych na świecie można wskazać kilka podstawowych cech je charakteryzujących:

- W krajach europejskich powszechnie dominuje finansowanie ze środków publicznych. Jest to skala od 60 do 90% całości środków przeznaczanych na zdrowie. W Polsce wynosi ok. 70%.
- Opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych opiera się na szerokiej redystrybucji dochodów zarówno pomiędzy bogatymi i biednymi (poprzez proporcjonalne lub nawet progresywne naliczenie podatku/składki), jak i pomiędzy zdrowymi i chorymi (poprzez szeroki zakres uprawnień i uzależnienie korzystania ze świadczeń od potrzeb zdrowotnych).
- Wybór modelu finansowania publicznego – NSZ lub SUZ – zależy przede wszystkim od tradycji, jaka dominuje w tworzeniu systemów zabezpieczenia społecznego (*path dependency*), tradycji akceptowanej i dającej zadowolenie. W sytuacji gdy tradycyjne instytucje są nieskuteczne i nie są akceptowane, podejmowane są reformy i to w obu kierunkach; kraje z systemem SUZ zmieniają swe systemy na NSZ (w starej Europie), a kraje z systemem NSZ zmieniają na SUZ (postsocjalistyczne nowe kraje członkowskie UE).
- W krajach biedniejszych środki publiczne mają mniejszy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej, natomiast znaczną część kosztów pokrywają bezpośrednio gospodarstwa domowe. W większości krajów o niskich dochodach rola prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu opieki zdrowotnej, które mogłyby zmniejszyć bezpośrednie obciążenie gospodarstw domowych, jest niewielka.
- Nowe sposoby finansowania opieki zdrowotnej, takie jak medyczne konta oszczędnościowe, stosowane są zaledwie w kilku krajach na świecie, a wyniki ich wprowadzenia nie zostały dotąd dogłębnie i krytycznie zbadane. Istnieją zatem wątpliwości co do możliwości ich szerszego zastosowania.

Wyzwaniem przyszłości w zakresie finansowania opieki zdrowotnej jest przesunięcie uwagi z opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej) na zdrowie publiczne, czyli na działania poprawiające i podtrzymujące zdrowie

w celu uniknięcia oraz łagodzenia chorób i niesprawności, aby korzystanie z opieki zdrowotnej było mniej konieczne. Nie oznacza to oczywiście zmniejszania wydatków na opiekę zdrowotną, której usług starzejąca się populacja będzie potrzebowała w znacznej skali. Oznacza jednak zmianę odpowiedzialności w ochronie zdrowia w kierunku rozwoju także odpowiedzialności indywidualnej, dla której sektor publiczny powinien tworzyć warunki, informacje i motywacje.

Przypisy

¹ Obecnie obowiązuje ustawa o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r., Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

² W tym podejściu poziom dopłat jest zróżnicowany ze względu na wartość danego świadczenia dla pacjenta, tj. świadczenie o wysokiej wartości (kiedy korzyści kliniczne przewyższają koszty) jest dostarczane bezpłatnie lub przy niższej dopłacie, szczególnie tym pacjentom, którzy mogą czerpać największe korzyści z konsumpcji tego świadczenia.

Piśmiennictwo

- Grossman M., *The Human Capital Model*, w: Culyer A.J., Newhouse J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, Amsterdam 2000: 347.
- Kutzin J., *Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms*, w: Kutzin J., Cashin C., Jakab M. (red.), *Implementing Health Financing Reform*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010: 3.
- Obermann K., Müller P., Müller H.-H., Schmidt B., Glazinski B. (red.), *The German Health Care System. A Concise Overview*, Der Ratgeberverlag, Hamburg 2013.
- Baeza C.C., Packard T.G., *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*, Stanford University Press, Washington 2006.
- Saltman R.B., Dubois, H.S.W., *The historical and social base of social health insurance systems*, w: Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (red.), *Social health insurance systems in western Europe*, Open University Press, New York 2004: 21.
- Shishkin S., *Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia*, „Croatia Medical Journal” 1999; 2: 195.
- Golinowska S., *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006; 1: 5.
- Wagstaff A., Moreno-Serra R., *Social health insurance and labor market outcomes: Evidence from Central and Eastern Europe, and Central Asia*, „Advances in Health Economics and Health Services Research” 2009; 21: 83.
- Wagstaff A., *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD*, Policy Research Working Paper 4821, World Bank, 2009.
- WHO, *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*, *The Fifty-eighth World Health Assembly*, Agenda item 13.16, 2005.
- Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., *Making decisions on public health: a review of eight countries*. European Observatory on Health Systems and Policies WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2004.
- Robinson R., *User charges for health care*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002: 161.
- Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, „European Journal of Public Health” 2011; 21: 585.
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B., Golinowska S., Sowada C., Groot W., *Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries based on a contingent valuation method*, „Social Science and Medicine” 2014; 116: 193.
- Newhouse J.P., *Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge 1993.
- Chernew M., Rosen A., Fendrick M., *Value-based insurance design*, „Health Affairs” 2007; 26: W195.
- Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003; 1: 16.
- Thomson S., Mossialos E., *Private Health Insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, LSE Health and Social Care London School of Economics and Political Science, London 2009.
- Jurkiewicz I., Tinardon C., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; 1: 95.
- Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002: 109.
- Barr M.D., *Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26: 709.
- Hsiao W.C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995; 14: 260.
- Hsu J., *Medical savings account: what is at risk*, *World Health Report 2010*, Background paper, no 17, 2010.